

La miembro de la familia embarazada debe contestar las siguientes preguntas, luego escribir su nombre en letra de molde y firmar.

¿Está embarazada? Sí No

De ser sí, ¿recibió un resultado positivo en una prueba de embarazo? Sí No

Nombre en letra de molde: _____ Firma: _____

Complete esta información para cada miembro de la familia. Haga una copia de este formulario si necesita más espacio.			Sexo	Parentesco que tiene con usted	¿Es ciudadano estadounidense?
Nombre del suscriptor	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleador del suscriptor					
Nombre del cónyuge (debe estar casado legalmente)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Empleador del cónyuge					
Dependiente	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Hija <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

1. Si la mujer embarazada no es ciudadana estadounidense, ¿tiene permitida la residencia legal permanente? Sí No

2. ¿Ha marcado la mujer embarazada "no" para "ciudadano estadounidense"? Sí No

De ser sí, proporcione una copia (frente y reverso) de la documentación del INS de la persona e indique su fecha de llegada a los Estados Unidos. _____

3. ¿Cuál fue el monto del ingreso bruto (antes de impuestos) de su hogar durante el mes calendario completo más reciente? \$ _____

Debe enviar comprobante del ingreso de su hogar correspondiente al mes calendario completo más reciente (copias de los talones de pago, seguro de desempleo, manutención para niños, etc.).

¿Qué días se le pagaron durante ese mes? _____

Si usted trabaja de manera independiente o tiene un ingreso por rentas, complete la *Hoja de trabajo de Ingreso por Trabajo Independiente o Renta de los Programas de DSHS*, incluida en este paquete, y proporcione copias de sus recibos y gastos correspondientes al mes calendario más reciente (no suministre los totales anuales). Si no ha tenido ingreso alguno en los últimos 30 días, adjunte una nota firmada y fechada indicándonos cómo se sustenta.

4. ¿Paga manutención ordenada por medio de una orden judicial? Sí No

De ser sí, ¿cuánto paga cada mes? _____

Debe proporcionar comprobante, como ser una orden judicial, sobre lo que paga cada mes.

5. ¿Viven en el mismo hogar los padres del niño que no ha nacido todavía? Sí No
6. Número de teléfono residencial: () Otro número de teléfono: ()
7. Ha tenido algún cambio de domicilio reciente: Sí No
De ser sí, escriba su domicilio actual: _____

8. Indique su nombre y el de cualquier miembro de su familia que tenga otro seguro de salud o que esté cubierto bajo un programa de salud como ser Tri-Care, Medicare o Medicaid.

Apellido	Primer nombre	in.	Compañía de seguro de salud o programa de salud	Número de teléfono de la compañía de seguro de salud o programa	Número de póliza o grupo	Fecha de vencimiento de la póliza
(Coloque su nombre primero.) 1.				()		/ /
2.				()		/ /
3.				()		/ /

9. Esta información es voluntaria y no le afectará su habilidad para inscribirse en el Programa de Beneficios de Maternidad.
Indique su origen étnico:
- Negro/Afroamericano Blanco/Caucásico Indígena (Nativo Americano)
 Esquimal Isleño aleutiano/aleuta Isleño asiático o del pacífico (API)
 Hispano/Latinoamericano Otros u origen étnico combinado
10. ¿Necesita un intérprete? Sí No
De ser sí, ¿qué idioma o dialecto habla? _____
11. Marque la casilla que se aplica a su situación:
- No hay ningún cambio en el ingreso de mi familia y no tenemos ingreso por ingreso por trabajo independiente.
 Trabajo de manera independiente y he incluido comprobante del ingreso bruto de mi hogar correspondiente al mes calendario completo más reciente para fines de elegibilidad del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS). He completado la *Hoja de trabajo de Ingreso por Trabajo Independiente o Renta de los Programas de DSHS* correspondiente al mes calendario completo más reciente; sin embargo, mi ingreso ni ha cambiado desde el último informe a Basic Health.
 Mi ingreso ha cambiado desde el último informe a Basic Health. He adjuntado la documentación de ingreso de todas las fuentes correspondientes al mes calendario completo más reciente, junto con el *Formulario de Declaración de Ingreso Familiar*.

ACUERDO Y FIRMA

Entiendo que:

- Debo proporcionar comprobante del ingreso bruto de mi familia (antes de impuestos y deducciones) e informar cambios en el ingreso que modificarían mi prima o elegibilidad en Basic Health o en el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) dentro de un plazo de 30 días a partir del final del mes en el que cambió mi ingreso.
- Con mi firma en este formulario, autorizo a Basic Health y a DSHS a verificar la información de elegibilidad y el ingreso de mi familia con otras agencias estatales y federales o fuentes externas.
- Debo informar los cambios de domicilio y los cambios en mi familia. Debo informar, por ejemplo, si me caso o me divorcio, o si alguno de los miembros de mi familia que están bajo mi responsabilidad se casa o se divorcia, si nace o adopto un menor, o la fecha en que un hijo se va de mi hogar o deja de ser un dependiente o ya no es un estudiante de jornada completa.
- Mi solicitud y los documentos que envíe a Basic Health serán utilizados para determinar la elegibilidad para los programas de DSHS (Basic Health Plus o el Programa de Beneficios de la Maternidad).
- Al solicitar y recibir los beneficios de DSHS, mi familia y yo concedemos al estado de Washington nuestros derechos a todo pago a un tercero en concepto de atención médica o servicios médicos cubiertos durante el tiempo que recibamos los beneficios médicos.
- El depósito que realice Basic Health del pago de mi prima no garantiza la cobertura. El pago será reembolsado si se determina que no soy elegible para la cobertura.

Autorizo a mi plan de salud o proveedor médico a entregar mis registros médicos o los de mis hijos a Basic Health con el fin de participar en los programas de Basic Health/DSHS.

He leído y entendido la información que se me proporcionó con la solicitud de Basic Health. Declaro, bajo pena por perjurio, que la información que he proporcionado en esta solicitud y los documentos que envíe a Basic Health son verdaderos, correctos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo que si yo o cualquier miembro de mi familia, o cualquier persona en mi nombre, presenta información falsa, mi familia o yo podríamos perder la cobertura, ser económicamente responsables por los servicios obtenidos bajo Basic Health o por los montos adeudados de primas adicionales, y enfrentar otras penas y procesos judiciales. Toda deuda con el estado podría ser enviada a una agencia de cobranza para su recupero.

Firma del padre/madre o tutor _____

Fecha _____

Hoja de trabajo de Ingreso por Trabajo Independiente o Renta de los Programas de DSHS

Complete este formulario además de los otros formularios pertinentes.

- Para este formulario, declare los montos en dólares del mes calendario completo más reciente. No totalice y no transfiera esta página al **Formulario de Declaración de Ingreso Familiar**. Este formulario está diseñado para ayudar a DSHS a determinar su elegibilidad para el Programa de Beneficios de Maternidad.
- Debe proporcionar comprobante de todos los recibos y gastos del último mes calendario completo.
- Si solicita ayuda de DSHS con las facturas médicas impagas de los últimos tres meses, debe fotocopiar y completar este formulario para cada uno de esos meses.

Nombre del solicitante: _____ Mes: _____	
1. Nombre del negocio:	Tipo de negocio:
2. Domicilio del negocio:	
<input type="checkbox"/> SOCIEDAD <input type="checkbox"/> INCORPORADO <input type="checkbox"/> PROPIETARIO ÚNICO Para las sociedades y corporaciones, indique los nombres y el parentesco de los miembros: _____ _____ De ser incorporado, monto mensual que la corporación le paga: \$ _____	
Marque y complete si ya no trabaja de manera independiente.	
<input type="checkbox"/> Ya no trabajo de manera independiente	Fecha del último pago: _____
Último día que trabajó: _____	Monto del último pago: \$ _____

DEBE PROPORCIONAR COMPROBANTE DE TODOS LOS INGRESOS Y GASTOS INCLUIDOS A CONTINUACIÓN.

Ingreso bruto del negocio (únicamente del mes de la declaración)	\$
Empleados (sin incluirse usted, su cónyuge o sus hijos): _____	
Salarios y comisiones pagados en el mes de la declaración	\$
Cuota del empleador de los impuestos del seguro social pagados en el mes de la declaración	\$
Gastos del negocio (únicamente del mes de la declaración)	
En letra de molde	\$
Gastos de envío	\$
Suministros/materiales	\$
Publicidad/contabilidad	\$
Seguro (únicamente relacionados con el negocio)	\$
Licencias para el negocio, tarifas comerciales, etc.	\$
Préstamos comerciales (interés pagado únicamente)	\$
Impuestos del negocio (ventas, UI, L&I, B&O, etc.)	\$
Otro (indique y describa):	
	\$
	\$
	\$
	\$

Ubicación de la empresa	
¿El negocio se encuentra en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De ser sí, ¿se utiliza la habitación o el área únicamente con fines comerciales?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
De responder sí: Total de la superficie en pies cuadrados de su hogar:	
Superficie en pies cuadrados que se utiliza para el negocio:	
Renta (únicamente para el domicilio del negocio o si tiene el negocio en su hogar)	\$
Hipoteca	\$
Servicios Públicos (incluido el teléfono, la electricidad, el agua, etc.)	\$
Gastos de transporte del negocio	
Utiliza su vehículo únicamente para el negocio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de millas conducidas durante el mes de la declaración:	
Total de millas conducidas en el trabajo durante el mes de la declaración:	
Reparaciones del vehículo utilizado en el negocio (pagado únicamente durante el mes de la declaración)	\$
Tarifas de registro y licencia para el vehículo utilizado en el negocio (pagado únicamente durante el mes de la declaración)	\$
Intereses sólo de los pagos realizados de los vehículos utilizados para el negocio (pagados únicamente durante el mes de la declaración)	\$
Marque y complete una:	
<input type="checkbox"/> Quisiera deducir \$.485 por milla de gasolina, aceite y fluidos	
<input type="checkbox"/> Quisiera deducir los gastos reales de gasolina, aceite y fluidos	\$

DSHS TOTALIZARÁ LOS GASTOS ACEPTABLES.

Explicación de los tipos de ingresos y qué debe enviar junto con su *Formulario de Declaración del Ingreso Familiar*

Se requiere la documentación vigente del Departamento de Impuestos Internos (IRS) si aún no se encuentra en el expediente de Basic Health:

- Su formulario 1040 del IRS, formulario de declaración del impuesto federal sobre el ingreso y todos los anexos
- Anexos K-1 por cada miembro de la familia por cada corporación pequeña, sociedad o fiduciario
- Una transcripción completa del IRS si no tiene copias de su formulario 1040 del IRS
- Constancia de su estado de exención por parte del IRS, si usted no presentó la declaración de impuestos

Para solicitar una transcripción o carta sobre su estado de exención, llame al IRS al 1-800-829-1040.

La documentación del ingreso deberá incluir el nombre de la persona que ha recibido el pago, el(los) monto(s) **bruto(s)** pagado(s) y las fechas en que pagó. Envíe la documentación completa correspondiente a 30 días por cada fuente de ingreso recibido. En una hoja aparte, explique cualquier intervalo en su ingreso. **(Siempre envíe la documentación vigente.)** Si necesita otra copia de este formulario o desea recibir más información acerca de Basic Health, visite nuestro sitio web (www.basichealth.hca.wa.gov).

No envíe los documentos originales a Basic Health, debido a que no serán devueltos.

Explicación de los tipos de ingresos	Ejemplos de copias que puede enviar
Salario, sueldo, propinas, estipendios por ayudantías y comisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Talones de pagos • Declaraciones firmadas y fechadas por su(s) empleador(es)
Ingreso por trabajo independiente o renta	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1040 del IRS y todos los anexos correspondientes • Formulario(s) K-1, si corresponde • <i>Hoja de trabajo de Ingreso por Trabajo Independiente o Renta de los Programas de DSHS</i> • Declaración de ingresos y gastos (toda empresa que no se indique en el formulario 1040) • Número Identificación de Empresa del Estado de Washington (UBI)
Compensación por desempleo y beneficios por huelga	<ul style="list-style-type: none"> • Talones de pago de desempleo • Declaración de beneficios por huelga • Una copia impresa de la agencia/persona que efectúa el pago
Beneficios del Seguro Social	<ul style="list-style-type: none"> • Aviso inicial de la carta de concesión • Declaración que indique el monto de beneficio mensual • Una copia impresa de la agencia/persona que efectúa el pago
Jubilación, pensiones y anualidades	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión o declaración de beneficios • Declaración de subsidio por costo de vida • Declaración de la(s) persona(s) que efectúa(n) el pago firmada y fechada • Una copia impresa de la agencia/persona que efectúa el pago
Manutención de niños, pensión alimenticia/ manutención del cónyuge	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión • Documentos judiciales o declaraciones de la División Manutención para Niños (DCS) • Declaración de la(s) persona(s) que efectúa(n) el pago firmada y fechada • Una copia impresa de la agencia/persona que efectúa el pago • Copia del cheque
Beneficios de seguro	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión • Documentos judiciales • Declaración de la institución
Intereses, dividendos, fideicomisos, sucesiones, herencias, ganancias de capital, ganancias de juegos de azar, lotería y regalías	<ul style="list-style-type: none"> • Formulario 1040 del IRS y todos los anexos correspondientes • Declaraciones de fideicomisarios, empresas de inversiones, bancos o instituciones financieras • Documentos judiciales • Copia del contrato • Copia del cheque
Beneficios de veteranos de guerra y pensión militar	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión o declaración de beneficios • Su declaración de licencia y ganancias (LES)
Indemnización de accidente en el trabajo, compensación por víctimas de crimen	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión o declaración de beneficios • Orden de pago del Departamento de Trabajo e Industrias (L & I)
Subvenciones en efectivo de asistencia pública	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de concesión o declaración de beneficios • Copia impresa del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)
Ingreso de otras fuentes	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de la persona que efectúa el pago firmada y fechada • Declaración del solicitante/miembro firmada y fechada
Trabajadores de atención personal y proveedores independientes	<ul style="list-style-type: none"> • Factura del Sistema de pago de los servicios sociales (SSPS), y • Aviso de Remesa, páginas 1 y 2

¿Se pueden deducir los gastos por el cuidado del dependiente?

Sí, puede deducir los gastos por el cuidado de dependientes relacionados con su trabajo o la escuela (relacionados con el trabajo o la escuela se entiende que el dependiente pasa tiempo en una guardería infantil para que los adultos en su hogar puedan ir a trabajar o a la escuela). Debe presentar copias de sus recibos que incluyan el monto pagado, las fechas en que recibió el cuidado y el nombre, domicilio y número telefónico del proveedor de cuidado.